

**SAISIR L'OCCASION :
DES INVESTISSEMENTS FÉDÉRAUX
PONCTUELS DANS LA SANTÉ**

Mémoire supplémentaire présenté au
Comité permanent des finances dans le
contexte des consultations prébudgétaires

Le 8 novembre 2002

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

*A healthy population... a vibrant medical profession
Une population en santé... une profession médicale dynamique*

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Au nom de ses 54 000 membres et de la population canadienne, l'AMC exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif représentant la majorité des médecins du Canada, et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
ACCES RAPIDE AUX SOINS A DOMICILE GRACE AUX SERVICES ELECTRONIQUES.....	3
PRESELECTION DES IMMIGRANTS MEDECINS	3
INITIATIVE DE COMMUNICATION ET DE COORDINATION EN SANTE.....	3
RESEAUX PANCANADIENS D'EXCELLENCE CLINIQUE.....	3
ACCES RAPIDE AUX SOINS A DOMICILE GRACE AUX SERVICES ELECTRONIQUES.....	5
PRESELECTION DES IMMIGRANTS MEDECINS.....	7
INITIATIVE DE COMMUNICATION ET DE COORDINATION EN SANTE	9
RÉSEAUX PANCANADIENS D'EXCELLENCE CLINIQUE	11



SAISIR L'OCCASION : DES INVESTISSEMENTS FÉDÉRAUX PONCTUELS DANS LA SANTÉ

Introduction

Dans le mémoire qu'elle a présenté cette année au Comité permanent des finances, l'Association médicale canadienne (AMC) a parlé avant tout du besoin d'agir à court et à long termes en définissant des investissements stratégiques qui garantiront l'existence d'un *système* de soins de santé robuste appuyé sur une infrastructure de santé publique fiable et complète. L'AMC a recommandé plus précisément de commencer par investir 16 milliards de dollars en cinq ans à compter de 2003–2004 et d'injecter 3,2 milliards de dollars de plus dans des initiatives à court terme et de santé publique.

À la suite du mémoire que nous avons présenté le 22 octobre 2002 au Comité permanent des finances, l'AMC a formulé quatre propositions supplémentaires précises portant sur du financement ponctuel dans des domaines où le besoin est urgent, à l'échelle nationale. Ces propositions constituent des initiatives très visibles qui, ensemble, renforceraient énormément la capacité du Canada dans le secteur des soins de santé dans des domaines relevant de la compétence fédérale. Ces mesures sont les suivantes :

Accès rapide aux soins à domicile grâce aux services électroniques

Financement de certains sites au Canada pour lancer des projets dynamiques et de grande envergure de mise en œuvre de solutions à distance fondées sur les technologies de l'information et de la communication afin de faciliter les soins à domicile et les soins communautaires.

Présélection des immigrants médecins

Établissement d'un programme international d'évaluation à l'étranger afin de présélectionner d'éventuels diplômés en médecine désireux d'immigrer au Canada et d'y pratiquer la médecine.

Initiative de communication et de coordination en santé

Capacité accrue du système de santé publique d'assurer les communications en temps réel, à la fois entre de multiples organismes et avec les soignants, particulièrement en périodes d'urgence nationale, afin de répondre aux besoins de santé à l'échelle nationale.

Réseaux pancanadiens d'excellence clinique

Planification nationale améliorée des soins spécialisés au Canada par la mise en œuvre d'outils de planification fondée sur les besoins, l'établissement de synergies fondées sur des domaines d'expertise, la maximisation de l'efficacité de la prestation des soins et la création de moyens d'assurer l'accès en temps opportun à des soins quaternaires hautement spécialisés partout au Canada.

Ce volet initial d'une stratégie complète de réinvestissement fédéral correspond aux priorités de financement décrites dans le discours du Trône et aux priorités stratégiques énoncées dans notre mémoire au Comité permanent des finances. Ces idées constituent globalement une étape suivante importante dans la mise en œuvre des engagements que le gouvernement a pris dans le discours du Trône. Compte tenu toutefois du caractère particulièrement urgent de ces initiatives et comme elles peuvent constituer des projets indépendants, nous sommes d'avis qu'il s'agirait d'excellents candidats pour des affectations modestes mais réelles provenant de l'excédent fédéral qui pourrait devenir disponible vers la fin de l'exercice en cours.

Chacune de ces propositions comporte une stratégie très visible et ciblée qui non seulement réunit les données probantes nécessaires pour assurer la transition vers un système de soins de santé renouvelé, mais se prête aussi à du financement ponctuel. Elles sont le reflet de priorités auxquelles il est très peu probable que les provinces et les territoires donnent suite sans l'aide du fédéral à cause de leur nature multilatérale. Elles contribueraient à réduire beaucoup l'incertitude que vivent les Canadiens face au système de santé. En fait, ces initiatives offrent au gouvernement fédéral une occasion de faire preuve immédiatement de leadership dans des domaines qui relèvent clairement de sa compétence de façons qui ne manqueront pas de compléter les recommandations de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (la Commission Romanow).

L'Association médicale canadienne est d'avis que le temps est maintenant venu de prendre des mesures ciblées, dans le cadre d'une stratégie intégrée de viabilité du système de santé. Les Canadiens comptent sur les gouvernements pour qu'ils prennent le virage afin de passer du débat à la mise en œuvre des changements qui s'imposent. Nous considérons des réinvestissements ciblés et limités dans le temps comme un élément essentiel de ce renouvellement.

Accès rapide aux soins à domicile grâce aux services électroniques

JUSTIFICATION

Dans l'Accord sur la santé de septembre 2000, on met en évidence les technologies de l'information et de la communication (TIC) en santé comme domaine où les premiers ministres ont convenu de collaborer pour renforcer une infrastructure pancanadienne de la santé afin d'améliorer pour les Canadiens l'accès en temps opportun à des soins de santé de qualité. Dans le contexte des initiatives de financement annoncées à l'époque, l'Inforoute santé du Canada Inc. (ISCI) a reçu un financement de 500 millions de dollars pour accélérer l'adoption des TIC modernes afin de dispenser de meilleurs soins de santé.

Comme la mise en œuvre d'une stratégie complète sur les TIC en santé exigera beaucoup plus de financement, l'ISCI a accordé la priorité à la création du dossier de santé électronique. De plus, lorsque le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) de 80 millions de dollars et d'une durée de deux ans prendra fin comme prévu, aucun autre programme fédéral ne prévoit de financement pour des projets pilotes sur les TIC.

L'évolution des caractéristiques démographiques de la population canadienne révèle des pressions nouvelles afin de répondre aux besoins accrus en soins non institutionnels de la population canadienne vieillissante. Jusqu'à maintenant, le secteur des soins à domicile a été en grande partie négligé en ce qui a trait aux TIC – les investissements en cours dans les TIC visent en majorité les soins actifs et, à un degré moindre, les soins primaires – et il est actuellement mal équipé pour répondre à une demande croissante.

Dans le domaine des soins de santé, les solutions à distance offrent d'énormes possibilités d'améliorer les soins à domicile et les soins communautaires. Des projets en cours dans ce domaine ont démontré les avantages qu'offre l'utilisation des TIC pour faciliter les soins en contextes non traditionnels. Il faudrait entreprendre des essais à plus grande échelle de solutions à distance fondées sur les TIC afin de déterminer la meilleure façon de les appliquer pour faciliter la prestation de soins à domicile et de soins communautaires et les répercussions qu'elles auront sur la pratique des soignants.

BUT

En finançant des sites précis d'un bout à l'autre du Canada (minicentres d'excellence), lancer la mise en œuvre dynamique de projets d'envergure portant sur des solutions à distance fondées sur les TIC afin de faciliter les soins à domicile et les soins communautaires. Il faudrait à cette fin déterminer la meilleure façon d'appliquer les TIC dans ces contextes, déterminer ce qui donne les meilleurs résultats et élaborer des procédures à l'intention des milieux des soignants.

PRINCIPES DIRECTEURS

La proposition *Accès rapide aux soins à domicile* repose sur le principe sous-jacent d'un modèle de collaboration et l'on a défini les partenaires clés éventuels suivants : les provinces et les territoires, les régies régionales de la santé et le secteur privé (p. ex. , March Networks).

PRODUITS À LIVRER

Lancer, sur une période de trois ans, tout un éventail de projets de soins à domicile et de soins communautaires afin de déterminer la meilleure façon d'appliquer des solutions à distance fondées sur les TIC pour faciliter la prestation de soins dans ces contextes. Ces projets pourraient notamment viser à relier des médecins de premier recours à des patients frêles âgés vivant chez eux, à relier des patients atteints de problèmes chroniques graves à des spécialistes qui surveilleront à distance leur état de santé, à relier des infirmières spécialisées en soins à domicile à des patients pour leur permettre de faire de la prévention des maladies et promotion de la santé et à relier des médecins à des patients venant de sortir de l'hôpital pour permettre un suivi du rétablissement.

La proposition de financement de projets comporterait notamment un volet évaluation qui permettrait d'établir une base de savoir sur ce qui donne des résultats et les raisons des réussites. On afficherait ensuite les évaluations sur le site web de Santé Canada afin de promouvoir le transfert de connaissances.

MÉCANISME DE FINANCEMENT ET D'IMPUTABILITÉ

Une dotation forfaitaire ponctuelle de 50 millions de dollars pendant l'exercice en cours versée à l'Inforoute santé du Canada Inc. (ISCI) afin de gérer le programme et les fonds.

Pendant trois ans, l'ISCI aurait un mandat très clair établi par Santé Canada afin de financer des projets (de 1 à 2 millions de dollars chacun) partout au pays, en milieu urbain, rural et éloigné, pour appliquer de façon plus dynamique les TIC afin de favoriser la prestation de soins à domicile et de soins communautaires et d'explorer les répercussions des projets sur la gestion de la pratique. Un protocole d'entente conclu entre Santé Canada et l'ISCI pourrait établir les modalités relatives à l'imputabilité des fonds et à la mise en œuvre du programme.

Les fonds seraient attribués en mode de partage des coûts jusqu'à ce que le financement fédéral atteigne un maximum de 70 %. Les 30 % restants proviendraient de contributions de partenaires (en nature, ressources humaines, etc.). On prévoit qu'il faudra un an pour lancer les projets et une deuxième année pour en réaliser le mandat. La troisième année servirait à terminer les projets et à effectuer des évaluations dans un format qui contribuerait à la base globale de savoir dans ce domaine.

Présélection des immigrants médecins

OBJET

Établir un programme d'évaluation afin de présélectionner des diplômés de facultés de médecine étrangères désireux d'immigrer au Canada et d'y pratiquer la médecine.

JUSTIFICATION

Les diplômés de facultés de médecine étrangères ont toujours été et demeurent un ajout précieux aux effectifs médicaux du Canada. Le gouvernement fédéral a adopté récemment de nouvelles mesures législatives sur l'immigration pour délaissier, dans les exigences de l'immigration, l'orientation vers la profession en faveur d'une concentration sur les compétences spécialisées, la formation et les possibilités d'intégration réussie à la population active et à la société du Canada.

À la suite de la mise en œuvre de ces dispositions, l'Association médicale canadienne (AMC) et le Conseil médical du Canada (CMC) proposent d'établir un *Programme de présélection des immigrants médecins* formés à l'étranger qui veulent immigrer au Canada. Ce programme servirait à garantir un traitement équitable aux diplômés de plus en plus nombreux de facultés de médecine étrangères qui demandent à immigrer au Canada.

L'AMC et le CMC ont déjà eu une réunion préliminaire avec un conseiller principal de l'honorable Denis Coderre, ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration, pour donner suite à une réunion tenue avec son prédécesseur, l'honorable Elinor Caplan, en mai 2001.

BUT

Le projet vise à accélérer le traitement à distance des demandes présentées par des diplômés de facultés de médecine étrangères hautement qualifiés qui souhaitent immigrer au Canada pour y pratiquer la médecine. Un système d'évaluation électronique à l'étranger qui permettrait d'effectuer une présélection des candidats dans leur pays d'origine pourrait faciliter le traitement des demandes.

PRINCIPES DIRECTEURS

En période de pénuries de médecins, il faut prévenir les provinces et territoires du Canada d'éviter de «braconner» des médecins dans des régions mal desservies du monde afin de répondre à leurs propres besoins en soins de santé (en particulier dans les disciplines sous représentées). Il faut établir et maintenir des pratiques de recrutement respectueuses de l'éthique.

À long terme, les milieux médicaux du Canada sont convaincus que le Canada doit tendre vers une autosuffisance raisonnable dans la formation de médecins tout en continuant d'offrir des débouchés aux diplômés qualifiés de facultés de médecine étrangères.

Même en périodes de pénurie de médecins, il demeure impératif que les candidats de l'étranger qui souhaitent venir pratiquer la médecine au Canada se soumettent à une évaluation détaillée de leurs connaissances et de leurs compétences spécialisées qui correspond à celle qu'on impose aux diplômés de facultés de médecine canadiennes.

Le mécanisme d'évaluation des diplômés de facultés de médecine étrangères doit être visiblement équitable, transparent et imputable pour tous les intervenants, rapide et rentable (à la fois pour le candidat et pour le gouvernement).

PRODUITS À LIVRER

Le projet comporterait trois volets. La phase I consisterait à établir, en quatre à six mois et dans diverses régions géopolitiques (p. ex., Londres, Paris, Tokyo, Hong Kong et Port d'Espagne), cinq sites pilotes qui feraient l'essai d'un système d'évaluation sur Internet fournissant :

1. de l'information à jour et complète sur le système de soins de santé et le système de formation en médecine du Canada afin de gérer les attentes relatives aux possibilités de pratiquer la médecine au Canada;
2. à l'intention des diplômés de facultés de médecine étrangères, des outils électroniques d'autoévaluation contenant des questions comparables à celles que l'on trouve dans l'Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC);
3. un système d'évaluation électronique pour l'EECMC officiel;
4. des formules électroniques, y compris la déclaration qu'utilise actuellement CIC (Citoyenneté et Immigration Canada) pour indiquer que le candidat comprend que rien ne lui garantit une possibilité de pratiquer la médecine au Canada.

La phase II consisterait à évaluer la réussite du projet et serait suivie de la phase III, soit la mise en œuvre complète à l'échelle mondiale.

MÉCANISMES DE FINANCEMENT ET D'IMPUTABILITÉ

5 millions de dollars pour l'évaluation des médecins

Une dotation globale ponctuelle constituée d'un fonds réservé de 5 millions de dollars pendant l'exercice en cours, qui serait versée au Conseil médical du Canada et gérée et administrée conformément aux buts et aux objectifs du projet (les critères de versement seraient établis en collaboration avec Santé Canada et Développement des ressources humaines Canada, selon le cas).

15 millions de dollars pour l'évaluation d'autres prestataires de soins de santé

Il y a pénurie dans beaucoup de professions de la santé. L'AMC a eu des discussions préliminaires avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'Association des pharmaciens du Canada (APhC). Le gouvernement fédéral devrait envisager de financer la création de programmes semblables pour d'autres professions, en partenariat avec l'AIIC et l'APhC, notamment.

Initiative de communication et de coordination en santé

JUSTIFICATION

Par ses initiatives portant sur la santé publique, la société protège et appuie la santé et cherche à prévenir les maladies, les blessures et l'incapacité. Dans le monde d'aujourd'hui, ces fonctions reliées à la santé publique exigent un effectif de plus en plus spécialisé et bien formé, des systèmes complexes de surveillance, de contrôle et d'information et un soutien en services de laboratoire suffisant et toujours disponible. L'efficacité ultime de ces efforts est toutefois tributaire de la capacité du système de diffuser de l'information et des conseils en santé cruciaux aux bons professionnels, en temps réel, lorsqu'ils en ont besoin.

Des exemples aussi variés que la tragédie de l'eau à Walkerton et le décès précoce de Vanessa Young, à la suite d'un effet indésirable mortel d'un médicament, illustrent l'impact dévastateur de l'incapacité de communiquer efficacement de l'information essentielle¹. Dans les deux cas, les renseignements dont les professionnels de la santé avaient besoin pour prendre des décisions optimales sur les traitements n'étaient pas accessibles de façon fiable et rapidement.

Au Canada, l'infrastructure de la santé publique est mise à l'épreuve chaque fois qu'il y a catastrophe, d'envergure ou plus restreinte, et en dépit des meilleurs efforts de professionnels dévoués de la santé publique, elle ne reçoit pas toujours une note de passage. Le système de santé publique a un autre défi à relever, soit les ruptures de communications qui peuvent se produire lorsque, par exemple, des communautés des Premières nations relèvent à la fois de la compétence fédérale et de la compétence provinciale. Dans le sillage des attaques du 11 septembre et de la peur de la maladie du charbon qui ont frappé les États-Unis, il faut garantir aux Canadiens que des experts réagiront rapidement et seront bien renseignés face aux urgences touchant la santé publique.

Il est essentiel que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan afin d'assurer que les moyens de communication et la technologie de l'information nécessaires pour permettre de réagir mieux et plus rapidement à des situations comme des catastrophes naturelles, des éclosions de maladie, de nouveaux effets indésirables de médicaments, des catastrophes causées par l'homme ou le bioterrorisme, sont accessibles en temps réel dans toutes les régions du Canada.

Une injection ponctuelle de 30 millions de dollars pour créer une **Initiative de communication et de coordination en santé** renforcerait l'infrastructure de santé publique du Canada et améliorerait la coordination et la communication entre tous les paliers de gouvernement, les responsables de la santé publique, les soignants et de multiples organismes comme les services de police, d'incendie et d'ambulance, et les hôpitaux.

¹ Journal de l'Association médicale canadienne, 1^{er} mai 2001, 164(9), page 1269.

BUT

L'*Initiative de communication et de coordination en santé* permettrait de s'attaquer à des lacunes actuelles et d'accroître la capacité du système de santé publique de communiquer en temps réel à la fois entre de multiples organismes et avec des prestataires de soins de santé pour :

- offrir un point de convergence pour la communication et la coordination entre niveaux de compétence afin d'être mieux préparé à faire face aux urgences;
- diffuser de l'information sur les urgences, des avertissements sur la santé et les pratiques optimales en vigueur dans le domaine de la santé publique aux professionnels de la santé et aux dirigeants de la santé publique, de façon rapide, efficace et accessible.

PRINCIPES DIRECTEURS

L'*Initiative de communication et de coordination en santé* mobiliserait des interlocuteurs clés de la prestation de services de santé publique comme l'Association canadienne de santé publique, la Société canadienne de pédiatrie, les Médecins hygiénistes en chef, la Fédération canadienne des municipalités, la Croix-Rouge canadienne et Santé Canada, dans le contexte d'un modèle de collaboration afin d'assurer une coordination et une communication intégrées.

PRODUITS À LIVRER

Dans le cadre de l'initiative, on entreprendrait un programme planifié de projets témoins étalés sur cinq ans.

1. Afin de généraliser, pour les médecins et d'autres soignants et par des moyens de diffusion rapides, fiables et efficaces, l'accessibilité à des renseignements comme de nouveaux effets indésirables des médicaments.
2. Afin d'assurer que les régions rurales et éloignées du pays, ainsi que les communautés des Premières nations, métisses et inuites relevant de la compétence fédérale dans le domaine de la santé, sont reliées aux systèmes d'information sur la santé publique.
3. Afin d'améliorer les guides de pratique pour les rendre plus conviviaux et accessibles pour les soignants.
4. Afin d'améliorer l'interexploitabilité de la technologie de la communication entre de multiples organismes comme les services de santé publique, de police et d'incendie, les organismes de secours en cas de catastrophe et les hôpitaux en période d'urgence.

MÉCANISMES DE FINANCEMENT ET D'IMPUTABILITÉ

Une dotation globale ponctuelle de 30 millions de dollars pendant l'exercice en cours accordée à un organisme désigné positionné pour gérer l'administration de ces fonds pendant un projet de cinq ans. On pourrait notamment créer une nouvelle Fondation canadienne de la santé publique comme entité indépendante associée au Bureau de la santé publique de l'Association médicale canadienne.

Réseaux pancanadiens d'excellence clinique

JUSTIFICATION

Le système de soins de santé du Canada est voué à assurer aux Canadiens un accès raisonnablement comparable à des soins médicalement nécessaires. Il faut satisfaire à cet engagement dans tout le spectre des soins, depuis les soins primaires jusqu'aux soins hautement spécialisés. Souvent, toutefois, le faible volume de cas de soins hautement spécialisés ne justifie pas de maintenir continuellement dans toutes les régions du pays les ressources matérielles et humaines nécessaires pour répondre aux besoins des patients.

Des données probantes récentes ont révélé qu'il faut un nombre critique de patients pour assurer des soins de grande qualité. Dans son rapport intitulé Soins de santé au Canada 2002, l'Institut canadien d'information sur la santé affirme que «dans le cas de nombreux types de soins et de chirurgies, les recherches indiquent que les patients soignés dans les hôpitaux où le nombre de cas est plus élevé courent souvent moins de risques d'avoir des complications ou de mourir après une chirurgie²».

Même s'il existe actuellement des centres d'excellence clinique (hôpitaux ou cliniques dotés des ressources humaines et matériels nécessaires pour dispenser des soins atteignant ou dépassant les normes professionnelles acceptées) au Canada, ils visent en général à répondre aux besoins des patients d'une seule province et, dans certains cas, de la ville où ils sont situés. Il n'y a pas de mécanisme national officiel pour faciliter la planification fondée sur les besoins et la mise en commun des pratiques optimales et des ressources nécessaires aux soins hautement spécialisés. Le «déficit» de capacité qui en découle rend difficile l'accès aux soins – enjeu qui est devenu un point de convergence du débat sur le renouvellement du système de santé au Canada.

Cette proposition porte sur l'établissement de réseaux entre des centres existants afin de réaliser de meilleures économies d'échelle et d'accélérer l'amélioration de la qualité. Elle créerait l'infrastructure nécessaire pour appuyer et relier ces centres d'un bout à l'autre du Canada. Elle ne viserait pas à regrouper ou à centraliser davantage la prestation de services hautement spécialisés.

BUT

Mettre en œuvre un programme de *Réseaux pancanadiens d'excellence clinique* pour améliorer la qualité des soins hautement spécialisés au Canada et les rendre plus accessibles.

PRINCIPES DIRECTEURS

Cette proposition repose sur les prémisses suivantes :

² Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. (2000). *Selective referral to high-volume hospitals: Estimating potentially avoidable deaths*. Journal of the American Medical Association, 283(9), 1159-1166 cité dans *Soins de santé au Canada 2002*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa : mai 2002, p 52.

- modèle de collaboration ou de partenariat entre des organismes du domaine de la santé comme le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) et l'Association médicale canadienne (AMC);
- appui de l'engagement pris par les premiers ministres des provinces et des territoires de créer des sites d'excellence dans divers domaines comme la chirurgie cardiaque en pédiatrie et la neurochirurgie au scalpel gamma³;
- établissement de consensus et consultation;
- utilisation des modèles provinciaux existants et leçons à en tirer (p. ex., Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, Ontario Stroke System);
- utilisation de pratiques factuelles;
- amélioration de la qualité des soins;
- diffusion et adoption rapides de technologies nouvelles et émergentes;
- projets pilotes et évaluation continue débouchant sur la création d'autres réseaux;
- adoption d'une stratégie factuelle de création de réseaux.

PRODUITS À LIVRER

Inspirées de l'expérience de modèles de réseaux antérieurs, les activités envisagées pour un programme de *Réseaux pancanadiens d'excellence clinique* consisteraient à :

- créer des registres électroniques afin de suivre et de relier patients et médecins d'un bout à l'autre du Canada;
- appuyer la recherche en collaboration qui s'étendrait du laboratoire au chevet du patient⁴;
- établir et mettre en œuvre des pratiques cliniques optimales;
- élaborer et réaliser des plans de traduction du savoir;
- promouvoir le partage du capital humain et de l'expertise entre les provinces et territoires.

Outre qu'il chercherait à optimiser l'efficacité de la prestation de soins spécialisés subaigus, un programme de *Réseaux pancanadiens d'excellence clinique* appuierait la création de centres d'excellence concurrentiels à l'échelle internationale qui offriraient des possibilités d'emploi attrayantes aux cerveaux les meilleurs et les plus brillants du domaine des ressources humaines de la santé, ce qui aiderait à attirer et à garder des ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada.

MÉCANISMES DE FINANCEMENT ET D'IMPUTABILITÉ

On envisage une stratégie graduelle de création des réseaux étalée sur cinq ans. Au cours du premier volet (deux ans), on lancerait des projets pilotes et on évaluerait quelques réseaux.

³ Comme il en a été convenu à la réunion des premiers ministres provinciaux-territoriaux des 24 et 25 janvier 2002 à Vancouver. Renseignements disponibles à l'adresse www.scics.gc.ca/cinfo02/850085004_f.html

⁴ Comme il en a été question dans un mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes au sujet du projet de loi C-13 visant à établir les Instituts de recherche en santé du Canada. D^r Peter Vaughan, secrétaire général et chef de la direction, Association médicale canadienne, 6 décembre 1999, Ottawa (Ontario).

Après évaluation détaillée des projets pilotes, le deuxième volet (an 2) pourrait consister à ajouter des réseaux à déterminer à la suite d'une consultation des partenaires. On prévoit qu'il y aurait cinq réseaux entièrement fonctionnels après cinq ans. Idéalement, le financement serait accordé sous forme d'une dotation de 25 millions de dollars à des fondations existantes, par exemple le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. Le nouveau consortium affecterait des fonds pendant cinq ans en fonction de critères établis et exigerait des rapports périodiques sur le financement. Il devrait en bout de ligne rendre compte au Parlement. On créerait un comité directeur constitué de représentants de chacun des partenaires et qui serait chargé de diriger et de guider la mise en œuvre du projet.